



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

Consumo de sustancias en la adolescencia

Autor/es

CRISTINA UNTORIA NOGUÉS

Director/es

M^a CARMEN SABATER FERNÁNDEZ y SERGIO ANDRÉS CABELLO ,

Facultad

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Titulación

Grado en Trabajo Social

Departamento

CIENCIAS HUMANAS

Curso académico

2018-19



Consumo de sustancias en la adolescencia, de CRISTINA UNTORIA NOGUÉS (publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported. Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.



UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA

Trabajo Fin de Grado

CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LA ADOLESCENCIA

Grado en Trabajo Social

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Autora: Cristina Untoria Nogués

Tutores: Carmen Sabater Fernández y Sergio Andrés Cabello

Año Académico 2018-2019

RESÚMEN:

Este trabajo pretende aportar una visión de los principales motivos que guían a las personas a iniciarse en el consumo de drogas, siendo la adolescencia una de las principales etapas de la vida de una persona donde esto ocurre, pues es en esta etapa del desarrollo vital en la que se suelen experimentar diferentes consumos. De hecho, los consumos que se producen en esta etapa son una de las preocupaciones principales con la que se enfrenta la sociedad actual (Vielva, 2001).

Para ello, en primer lugar, nos centraremos en una revisión documental para poder aportar una fundamentación teórica sobre las características más comunes del periodo de la adolescencia y sobre el concepto de droga y sus diferentes tipos, para continuar con la exposición de las distintas patologías de las dependencias y con los distintos trastornos que pueden ser producidos por el consumo, trastornos tipificados en el DSM-5 (trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos). Después se expondrán las principales características que presentan las personas consumidoras.

Además, se ha llevado a cabo un estudio empírico exploratorio acerca de los motivos que conducen a una persona al consumo mediante un cuestionario que será respondido por usuarios y usuarias de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Logroño y por personas ajenas a la misma que se ofrezcan voluntariamente a contestar, sabiendo de antemano que son o que han sido consumidores o consumidoras de drogas ilegales.

Palabras clave: consumo, sustancias, drogas, adolescencia, jóvenes, factores de riesgo.

ABSTRACT:

This work aims to provide a vision of the principal reasons that bring people start to use drugs, being the adolescence one of this principal reason life steps where this happen, because in this step of life development it is where young people experimenting different substances. In fact, the abuse of drugs in this step is one of the main concerns facing today's society (Vielva, 2001).

Therefore, in the first place, we focus on a documents revision to be able to provide a theoretical foundation on the most common characteristics of adolescence period and on the concept of drugs and its different types, to continue with the exposure of the different pathologies of the dependencies and with the different disorders that can be produced by the consumption, disorders typified in the DSM-5 (disorders related to substances and addictive disorders). Afterwards, it will be exposed the main characteristics presented by consumers.

In addition, an exploratory empirical study has been carried out about the reasons that lead a person to consumption through a questionnaire that will be answered by users of the Therapeutic Community of Proyecto Hombre the Logroño and by people who volunteer to answer on it, knowing in advance that they are or that they have been consumers of illegal drugs.

Keywords: consumption, substances, drug, adolescence, youth, risk's factors.

Índice

1. Introducción	7
2. Objetivos	9
2.1. Objetivos Generales	9
2.2. Objetivos Específicos	9
3. Metodología	10
3.1. Muestra.....	10
3.2. Diseño del Cuestionario	11
4. Fundamentación Teórica.....	13
4.1. Concepto de Adolescente y características	13
4.2. Concepto de Droga.....	20
4.3. Clasificación de los tipos de Drogas	22
4.4. Proceso de la Drogodependencia	24
4.5. Conceptos básicos en drogodependencias:	27
4.6. Trastornos relacionados con sustancias según el DSM-5	29
4.7. Características de la persona drogodependiente.....	33
4.8. Factores de riesgo y/o de protección	34
5. Parte Empírica.....	42
5.1. Análisis y resultados.....	43
6. Conclusiones	48
7. Bibliografía	51
8. Anexos	57
Anexo 1: Cuestionario.....	57

1. Introducción

El uso y abuso de sustancias estupefacientes es un tema que siempre me ha suscitado gran interés y, es por eso por lo que decidí centrar mi Trabajo Fin de Grado en su estudio, tanto en los aspectos teóricos como a través de un pequeño cuestionario realizado a personas afectadas por el consumo a modo de estudio exploratorio acerca de los hábitos y motivos de consumo, pero todo ello centrado en la adolescencia, puesto que creo que es la etapa más afectada por este tema ¹.

Además, es un tema muy interesante ya que el contexto social actual en el que vivimos parece incitar a beber y a fumar, promocionando estas actuaciones. Se ha pasado, en poco tiempo, de una sociedad con creencias y valores firmes y claros a una sociedad caracterizada por la diversidad, la permisividad, el consumismo, la competitividad, ... (González, García-Señorán y González, 1996).

En la sociedad en la que vivimos se observa una tendencia a la normalización del consumo de drogas como el alcohol, el tabaco y, cada vez más, el cannabis y, aunque en menor medida, las anfetaminas y otras drogas de síntesis entre los adolescentes (Elzo et al., 2000). Por ello, he querido indagar sobre el porqué está pasando.

El fenómeno del consumo de sustancias es algo complejo ya que se encuentra influenciado por muchos elementos y factores. Una de las cosas que más confusión puede crear es la diferenciación entre consumo de drogas, que es algo generalizado ya que todos y todas somos consumidores o consumidoras de sustancias o drogas (café, chocolate, té, ...) y entre uso problemático de estas, donde se sitúa una minoría de personas a las que los consumos les generan problemas (González, 2009).

¹ En el presente trabajo no serán objeto de estudio las adicciones sin sustancias.

El uso de drogas no es un tema reciente, ya que su consumo se remonta a la historia de la humanidad. Por lo tanto, las drogas son muy antiguas, pero, lo que parece ser nuevo son los problemas que plantea su consumo (Rabadán, 2009). En la actualidad, el consumo de sustancias se ha convertido en un factor clave de la vida de muchas personas, lo que está haciendo que se genere un estado de angustia social (Soria, 2007).

En este trabajo se quiere abordar esta problemática en la etapa de la adolescencia, momento en el que la mayoría de las personas consumidoras se inician en este consumo, y, este inicio precoz pone en riesgo la salud y el bienestar psicológico de los y las jóvenes y, su uso continuado pone en riesgo su desarrollo biopsicosocial. La adolescencia es un periodo de riesgo del ciclo vital, ya que la curiosidad y el experimentar nuevas sensaciones puede inducir a los y las jóvenes a iniciarse en el uso de drogas.

Además, como dice González (2009), para poder explicar el hecho de consumir, tenemos que acercarnos a la idea de necesidad social, ya que la conducta humana está orientada a la satisfacción de necesidades, como puede ser la de sentirse perteneciente a un grupo y aceptado. Además, el consumo de drogas también satisface necesidades sociales simbólicas (promoviendo el consumo como algo propio y diferente de otras culturas, como por ejemplo el beber vino en las comidas, el celebrar fiestas con alcohol, el ofrecer tabaco cuando se está en un grupo, etc.).

2. Objetivos

2.1. Objetivos Generales

Como objetivo general para este trabajo se plantea el averiguar los hábitos de consumo de drogas en la adolescencia.

2.2. Objetivos Específicos

Como objetivos específicos agrupamos estos cinco:

- Objetivo específico 1: Conocer los diferentes periodos evolutivos de las personas, centrándonos en el periodo de la adolescencia.
- Objetivo específico 2: Conocer las características principales de las drogas más comunes y su sintomatología.
- Objetivo específico 3: Averiguar las dinámicas de consumo (frecuencia, compañías, motivos ...).
- Objetivo específico 4: Indagar sobre las causas o motivos por los cuales las personas inician ese consumo y sobre cómo son esos procesos de consumo.
- Objetivo específico 5: Identificar los principales factores de riesgo y/o de protección.

3. Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica a través de un análisis documental de diferentes fuentes de información, todas ellas secundarias. Paralelamente, para contrastar la información bibliográfica obtenida, se ha llevado a cabo un cuestionario exploratorio a usuarios y usuarias que residen en la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Logroño y a personas ajenas a la misma, pero, que sean o que hayan sido en algún momento de sus vidas consumidores o consumidoras. El cuestionario lo componen preguntas tanto cerradas como abiertas (ver Anexo 1), para que, en el caso de las preguntas abiertas, evitar un posible sesgo por las posibles respuestas presentadas y sean ellos y ellas mismos/as quienes den su propia respuesta.

La encuesta es de carácter anónimo, es decir, en cuanto a los datos personales sólo se recogerán los considerados esenciales para el estudio. Además, aunque el trabajo se centre en el periodo de la adolescencia, el cuestionario ha sido contestado por personas mayores de edad, con el objetivo de conocer si realmente iniciaron el consumo en esta etapa y cuáles fueron los motivos que les condujeron a ello.

3.1. Muestra

Para la realización del estudio se ha seleccionado una muestra no aleatoria, ya que al querer encontrar los motivos que hacen que una persona se pueda iniciar en el consumo de sustancias teníamos que estar seguros de contar con personas consumidoras o que hayan sido consumidoras.

La muestra se pudo obtener tras contactar con terapeutas de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Logroño, quienes se mostraron interesados en el estudio y dispuestos a participar, permitiendo la asistencia para poder llevar a cabo el cuestionario a los usuarios y

las usuarias, y con la participación de personas externas a esta identidad que se han prestado voluntarias a responder con total sinceridad a las preguntas planteadas.

El cuestionario se ha realizado a un total de 63 personas (21 pertenecientes a la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Logroño y 42 personas externas al proyecto).

En total, han participado 4 mujeres y 17 hombres de Proyecto hombre y 20 mujeres y 22 hombres externos, con edades comprendidas entre los 19 y los 58 años.

Tabla 1. Participantes en las encuestas por género

	Mujeres	Hombres	Total
CT PH	4	17	21
Otros/as	20	22	42
Total	24	39	63

Fuente: Elaboración propia

3.2. Diseño del Cuestionario

Para la elaboración del cuestionario se ha tomado como referencia la “Encuesta sobre consumo de drogas en La Rioja” (2013) y la “Encuesta sobre drogas en jóvenes de La Rioja” (2012) del Observatorio Riojano sobre Drogas.

En cuanto al diseño, el cuestionario cuenta con cuatro apartados. En el primero de ellos encontramos preguntas sobre los datos sociodemográficos que se han creído relevantes para este estudio (género, edad, nivel de estudios, estado civil y situación laboral), de respuesta cerrada, dicotómica o de múltiple elección.

En el segundo apartado se tratan los hábitos de consumo de sustancias ilegales (edad de inicio, causas, tiempo de consumo, tipo de drogas, ...).

En el tercer apartado se pregunta sobre la evolución del consumo (frecuencia de consumo, cantidades, sustancias ilegales consumidas, ...).

Y, por último, en el cuarto apartado, se cuestiona a cerca de la percepción que los y las participantes tienen acerca del consumo y de las sustancias (problemas principales que causa el consumo, factores que han contribuido a querer abandonar el consumo en los casos que se quiera hacer, ...), (ver Anexo 1).

4. Fundamentación Teórica

4.1. Concepto de Adolescente y características

La adolescencia es un periodo de desarrollo físico, psicológico, social y sexual que se produce inmediatamente después de la niñez y que comienza con la pubertad. Dentro de la adolescencia se pueden distinguir tres etapas: la adolescencia temprana (o preadolescencia), que va desde los 11 hasta los 13 años; la adolescencia media, que va desde los 14 hasta los 16; y la adolescencia tardía, que va desde los 16 hasta los 20 aproximadamente (Xabier, Navarro y Pérez, 2016).

El periodo de la adolescencia media y de la adolescencia tardía, es decir, desde los 14 hasta los 20 años, es la etapa en la que los y las jóvenes experimentan grandes y decisivos cambios para su futuro (nuevos intereses, actitudes, valores, comportamientos...) y es la época en la que la identidad personal se configura, experimentando un desarrollo emocional, comportamental y físico que los llevará a querer independizarse y a buscar su propia identidad (Arbex y Comas, 2001).

Es una etapa de la vida transitoria, dinámica y cambiante, que cada persona vive de una forma única y particular, y que, además, el momento histórico y cultural en el que se encuentre será muy diferente (lo que hará que su desarrollo también lo sea). Según Bianca Zazzo (1972, versión traducida, pp.34):

“El sujeto se desarrolla en interacción con su medio ambiente. Este desarrollo, es más efecto de variables ambientales que de variables estrictamente ligadas al crecimiento físico, lo que hace que no podamos hablar de una sola adolescencia, sino de la pluralidad de adolescencias. La adolescencia verdadera no existe y no se puede observar más que en su medio.”

Por lo tanto, según esta expresión, partimos de la idea de que las conductas y los comportamientos problemáticos que expresan los adolescentes son causa de las dificultades y de los conflictos con los que se encuentran en su proceso evolutivo.

El peligro de estos cambios es que los adolescentes se vuelven más vulnerables en la relación con el consumo de sustancias (según estudios, el inicio del consumo de drogas legales e ilegales comienza, con mayor medida, en esta etapa) (Botvin, 1996).

Es un periodo de cambios madurativos intensos y rápidos en el encéfalo y, antes de que estos circuitos lleguen a su forma adulta, se da una mayor probabilidad de realizar conductas impulsivas, novedosas y de riesgo, como pueden ser el probar diferentes sustancias. Pero, uno de los problemas con los que nos encontramos es que el inicio precoz de consumo de sustancias está asociado a adicciones más graves y a una mayor probabilidad de policonsumo (Carlson y Birkett, 2018).

El ser humano, desde que nace, comienza un proceso de crecimiento y de evolución, el cual se da a lo largo de toda la vida. Esta evolución viene marcada por períodos de crisis que se suelen dar, en la mayoría de las personas, en las mismas edades y son los momentos en los cuales se realizan los cambios más profundos.

La adolescencia es uno de los periodos en los que se da una de estas crisis. Es la etapa de la vida en la que pasamos de ser niños o niñas a ser adultos o adultas. Por eso se dice que es una etapa de transición y de cambio y, como tal, lleva consigo muchas dificultades, contradicciones y crisis, pero, es un paso necesario e inevitable para todos y todas. Es el momento en el que se pasa de tener todo bajo control a tener que ser quien lo controle (Ortuño, 2018).

Los cambios que se dan en esta etapa son: cambios físicos, los cuales se caracterizan por un rápido crecimiento, por el desarrollo de los rasgos propios de cada sexo, y por la

maduración sexual; cambios psicológicos, donde se desarrolla la capacidad lógica, el razonamiento hipotético, el pensamiento abstracto, etc., lo que les ayuda a redescubrir el mundo y a desarrollar su propia capacidad crítica, y, además, también aparece el deseo de intimidad y los impulsos sexuales; y cambios sociales, los cuales tienen que ver con la búsqueda de su propia identidad, ya que es una etapa en la que la persona deja de ser niño o niña pero todavía no se le considera adulto o adulta, lo que les obligará a redefinir roles y a descubrirse, es decir, a tomar conciencia de quienes son realmente y, para ello, seguirán impulsos y deseos que harán que se autoafirmen y que sean capaces de diferenciarse de otros y de otras (lo que supondrá un cambio brusco en sus relaciones, sobre todo con sus familiares) (Nieto, 2012).

En esta etapa, el o la adolescente tiene que encontrar su lugar y definirse a sí mismo o a sí misma y, por lo tanto, se fijará más atentamente en los y las que están en su misma situación, es decir, en sus iguales, acercándose a ellos y a ellas y, en este momento, será cuando sean capaces de descubrir el amor, la amistad, ... (Vielva, 2001).

En este momento, es probable que parte de las normas y de los valores que hasta entonces habían aceptado sin problema, dejen de ser aceptados, ya que buscarán tomar sus propias decisiones reclamando una mayor autonomía para ser capaces de ser ellos y ellas mismos/as. Empiezan a elegir sus amistades, sus horarios, los sitios a los que ir, etc., lo que hace que, en muchas ocasiones, se den conflictos inevitables con los adultos y las adultas. Estos conflictos no son algo malo, sino que se dan por un proceso de diferenciación y de definición de sus propias identidades (González de Audicana e Itza, 1996, citado por Vielva, 2001).

Todos estos cambios que se dan en este periodo crean una gran confusión en el y en la adolescente, haciendo que se comporten, en algunos casos, de forma inadecuada, pero, sin que ellos y ellas mismos/as puedan controlarlo, causando, en muchas ocasiones, que sus progenitores no sean capaces de entenderlos, lo que conlleva que se sientan incomprendidos (Baltasar et al., 2014).

Ahora bien, entrando en el tema que se quiere abordar en este trabajo (el consumo de sustancias en este periodo de vida), podemos decir que el consumo de drogas en la adolescencia produce una gran preocupación social, ya que, una parte de la juventud asocia el disfrute del ocio y de las relaciones sociales con el uso de sustancias (alcohol y otras drogas). Es una relación bidireccional (Pérez-Pérez, 2014).

Ciertas características del periodo de adolescencia facilitan el consumo de estas sustancias, pero, a su vez, este consumo puede interferir en el correcto desarrollo de él o la joven. Todo dependerá de la forma en la que sepa manejar la situación, lo cual, viene determinado por diferentes factores como relaciones personales, familiares, realidad social, recursos, etc. (Nieto, 2012).

Entre las características evolutivas más comunes de la época de la adolescencia que pueden incrementar la vulnerabilidad podemos destacar estas seis:

- **Necesidad de reafirmación**, es decir, de formar una identidad propia (cosa que genera una gran preocupación por su imagen y por cómo son vistos por los demás). Para ello, piensan que tienen que compartir una serie de características similares a las que tienen los otros jóvenes con los que quieren formar grupo (vínculo social) pero, estas características van asociadas a salir los fines de semana hasta tarde (pasada la madrugada), al consumo de alcohol y de otras drogas, etc. Es lo que asociamos al simple hecho de “*ser joven*” hoy en día en nuestra sociedad (Conde, 1996).
- **Necesidad de transgresión**, es decir, necesidad de rebelarse. Pero, el problema es que los y las jóvenes de hoy en día no tienen espacio para hacerlo. Los padres y madres buscan ser liberales y esto hace que sus hijos e hijas no tengan contra quien enfrentarse.

“Se trata de una generación de padres que ha venido predicando la idea de libertad como el valor supremo, como la idea central del ambiente cultural, del orden

de los valores... y ahora no encuentran ningún otro valor que justifique las limitaciones de ésta” (Marina, 2000). Por lo tanto, en muchas ocasiones, utilizan el consumo de drogas como un acto provocativo hacia los adultos y hacía sus normas; se reivindican consumiendo.

- **Necesidad de conformidad intra-grupal.** Para ellos es fundamental sentirse parte de un grupo de iguales y, además, lo tendrán como referencia y lo usarán para evadirse de los adultos y para explorar nuevas cosas. Por lo tanto, podemos entender ahí, en el grupo de iguales, la experimentación que hacen con las drogas. Es también donde adquieren una ubicación social y una dependencia hacia los miembros del grupo (sus amigos). Cabe destacar la importancia que tiene la vulnerabilidad que posee el joven a la presión que ejerce el grupo, ya que, si no tiene suficiente autoestima, asertividad, capacidad de decir que no, de enfrentarse a los conflictos, etc., puede sentirse coaccionado a probar o consumir algún tipo de sustancia (Pérez, 2018).
- **Sensación de invulnerabilidad,** es decir, son seres egocéntricos y que, además, van en busca de nuevas sensaciones, lo que les hace creer que las cosas que viven son tan fuertes y únicas que no las ha vivido ninguna otra persona antes y que, por lo tanto, nadie les va a entender. El problema de esto es que les hace más invulnerables a los efectos perjudiciales que causan las drogas, ya que creen que las consecuencias negativas no les van a pasar a ellos (se produce una distorsión cognitiva). Además, si han experimentado sensaciones positivas después del consumo de alguna sustancia, les costará aún más creer los efectos negativos que se producen (Pérez, 2018).
- **Rechazo a la ayuda.** Los adolescentes rechazan la protección que los adultos les prestan y que necesitan por su necesidad de sentirse autónomos, lo que provoca que se enfrenten a conductas de riesgo (Arbex, 2002).

- **Susceptibilidad frente a las presiones del entorno**, es decir, los jóvenes son muy sensibles a las campañas publicitarias, pero, sobre todo, a las que ven el alcohol, por ejemplo, como signo de adultez y popularidad, lo que hace que ese tipo de productos sean llamativos para ellos (Pérez, 2018).

Los comportamientos que más preocupan a los adultos y que suelen ser típicos de este periodo son, según Álvarez, Palacios y Fuertes (1999; pp. 67):

“la preocupación excesiva por su aspecto físico, los cambios bruscos de humor, la imitación de sus personajes favoritos (por la necesidad de tener un modelo adulto a quien seguir, buscará personas cuya apariencia, estilo de vida o valores le resulten atractivos) y el rechazo y resistencia a la autoridad ”.

Además, se debe tener muy en cuenta la importancia que el y la adolescente da a su grupo de iguales, ya que junto a ellos y ellas comparten vivencias, preocupaciones, problemas, gustos, etc., y, ya que no tienen aún una identidad definida, necesitan sentirse pertenecientes a algo, como puede ser a un grupo de amigos, a un grupo de deporte, a un movimiento estético, a un movimiento social, etc., que les permita acceder a una identidad que les diferencie de otros pero, como dicen González de Audicana e Itza (1996) citado en Elzo et al. (2000) “la diferenciación no es algo que permanezca en la esfera de lo íntimo, sino que necesita manifestaciones visibles, por lo que pueden aparecer en muchos signos externos como ropa, música, lugares que frecuentan y, en algunos casos, consumo de drogas.”

El consumo de drogas, para que se dé, tiene que resultar algo atractivo y, para ello, además de que sus efectos sean positivos y placenteros, se deben crear ciertas expectativas más allá de estos efectos farmacológicos, como pueden ser la expectativa de pertenecer a un grupo o la de adquirir un estatus o un prestigio.

Consumir una sustancia aumenta la percepción de pertenencia y de sentirse parte de un grupo y, además, concede prestigio a quienes la consumen ya que les ayuda a reafirmar sus capacidades para tomar sus propias decisiones sin depender de los mayores, lo que implica valentía y a su vez admiración por parte de sus iguales (Vielva, 2001). Estas expectativas provocan que, en ocasiones, hagan lo que el grupo les dice o que se vean en la obligación de someterse a ello, aunque sea contrario a lo que realmente les gusta.

Además, hay que tener en cuenta que las drogas hoy en día están al alcance de los y las jóvenes y que su uso se asocia al disfrute y a la diversión en el tiempo libre y esto, unido a la permisividad social que se da en nuestra época, hace que sea casi inevitable que nuestros y nuestras jóvenes se encuentren en algún momento de sus vidas con las drogas (Pérez-Pérez, 2014).

El consumo de sustancias psico-activas hace que se satisfagan algunas necesidades de los y las jóvenes, como pueden ser, según Álvarez et al., (1999; pp. 15)

“La curiosidad ante todo (su afán exploratorio); el afán de disfrutar de su propio cuerpo y experimentar sensaciones nuevas, fuertes e inmediatas; su presentismo (su orientación al aquí y al ahora); el deseo de integrarse en un grupo (lo que les lleva a veces a aceptar cualquier condición que éste imponga); el sentimiento de rebeldía ante los adultos y el gusto por la provocación, por la transgresión de lo convencional; y la búsqueda de su propia identidad y camino”.

No todos los adolescentes prueban las drogas y, de los que las prueban, muchos simplemente experimentan con ellas o hacen consumos ocasionales. Sólo algunos y algunas de ellos y de ellas las consumen de forma habitual o en cantidades y/o frecuencias preocupantes, ya que la adolescencia es una categoría que engloba a una gran diversidad de jóvenes en los que cada cual tiene unas circunstancias personales diferentes, maduran y se desarrollan a

diferente ritmo, viven en contextos distintos, etc., y, el consumo de drogas es el resultado de la combinación de múltiples factores que para cada persona serán distintos (Vielva, 2001).

4.2. Concepto de Droga

Droga, según el diccionario de la Real Academia Española, es “cualquier sustancia mineral, vegetal o animal, que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes”. En su segunda acepción, droga es “cualquier sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno” (RAE, 2018).

Según la OMS, droga es

“Toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía de administración (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa) es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores”².

Por lo tanto, podemos decir que la palabra droga engloba a toda sustancia psicoactiva, institucionalizada o no, mineral, vegetal, animal o química, capaz de modificar y que modifica el estado de ánimo, las percepciones, el pensamiento, el juicio y el comportamiento, y que tiene efectos estimulantes, alucinógenos, narcóticos o deprimentes. Son sustancias que, al ser introducidas en el organismo, pueden alterar o modificar sus funciones. Las drogas son utilizadas, a diferencia de los fármacos, sin fines terapéuticos (Euroinnova, 2011).

² Recuperado de: <https://www.infodrogas.org/drogas/que-son-las-drogas?showall=1>

Para que una droga sea considerada como tal, ha de ser: de carácter psicoactivo, es decir, capaz de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas del organismo; con dependencia física o psicológica, es decir, que el cese de su consumo de lugar a malestar somático o psíquico; con repeticiones de autoadministración por el placer que genera; y se debe utilizar sin fines terapéuticos ³.

Por lo tanto, las drogas psicoactivas son aquellas que causan alteraciones del estado de ánimo, cognitivas o conductuales, y que tienen la capacidad de actuar como reforzadores, ya que la psico actividad es la capacidad de una sustancia para llegar al cerebro y modificar su funcionamiento habitual (Del Pozo, 2018).

Son sustancias que modifican la actividad mental, las sensaciones, el comportamiento y el estado de ánimo. Además, generan adicción, es decir, necesidad de volver a ser consumida para experimentar la recompensa que produce (placer, euforia, relajación, etc.) (Rabadán, 2009).

En este caso, nos centraremos en las drogas como sustancias, excluyendo ciertas conductas problemáticas que son consideradas hoy en día como susceptibles de provocar una adicción, como puede ser la ludopatía, los videojuegos en exceso, navegar por la red de forma obsesiva, mantener actitudes exageradas hacia el sexo o hacia el trabajo, etc.

Por lo tanto, centrándonos en el concepto de droga como sustancia, se deben incluir tanto las drogas legales como las ilegales.

³ Recuperado de: <https://www.infodrogas.org/drogas/que-son-las-drogas?showall=1>

4.3. Clasificación de los tipos de Drogas

Existen diferentes clasificaciones de las drogas que varían según el punto de vista del que se hace esta clasificación, del avance en investigaciones, de la historia, del momento sociocultural, ..., es decir, se clasifican según la perspectiva en la que se evalúan (Euroinnova, 2011; Infodrogas, 2019⁴).

Podemos clasificarlas en diferentes grupos según:

- Su origen: naturales (se encuentran en la naturaleza y no necesita transformaciones químicas, como por ejemplo el Cannabis), sintéticas (se precisa una elaboración química para su obtención, como por ejemplo las Anfetaminas) o semisintéticas (derivados obtenidos de una elaboración química de sustancias naturales, como la Cocaína o la Heroína).
- Su consideración sociológica o estatus legal: drogas institucionalizadas, integradas en nuestra cultura a las que no se les tiene miedo (alcohol, tabaco y psicofármacos) y drogas no institucionalizadas, las cuales no pertenecen a nuestra cultura y su consumo está castigado por la ley (heroína, anfetaminas, cannabis, cocaína, ...).
- Sus efectos sobre la conducta que, dependiendo de la situación, la persona, la vía de administración, la frecuencia de uso, la edad y la dosis producirán efectos diferentes como sueño, alucinaciones, depresión, estimulación, etc.
- Su estructura química
- Su acción farmacológica: depresoras (atenúan o inhiben los mecanismos cerebrales de la vigilia, provocando diferentes grados de inactivación), estimulantes (producen sensación de euforia y bienestar, aumentando la energía) o perturbadoras o alucinógenas (alteran el estado de conciencia o consciencia y la percepción de la realidad), aunque hay que tener en cuenta que algunas sustancias pueden compartir

⁴ Recuperado de: <https://www.infodrogas.org/drogas/que-son-las-drogas?showall=1>

propiedades, es decir, ser estimulantes y perturbadoras o ser depresoras y perturbadoras al mismo tiempo.

- Su peligrosidad para la salud (daño físico, capacidad para causar dependencia, efectos de su uso para la familia, etc.).
- El tipo de dependencia que causan (dependencia física y psicosocial, como el alcohol, los barbitúricos, las anfetaminas, etc., o dependencia psicosocial, como la cocaína, el LSD, los derivados del cannabis, etc.).

Pero, la clasificación por la que opta la OMS⁵ es agruparlas según los efectos que causan en el sistema nervioso central, es decir, según los efectos farmacológicos descritos anteriormente. Según este criterio, podemos agruparlas en tres grupos: drogas *depresoras*, las cuales entorpecen el funcionamiento habitual del cerebro (alcohol, hipnóticos o pastillas para dormir, ansiolíticos y tranquilizantes, opiáceos, antipsicóticos, sedantes, derivados del Cannabis, antihistamínicos,...); drogas *estimulantes*, las cuales aceleran el funcionamiento habitual del cerebro provocando una activación, la cual puede causar dificultades para dormir e hiperactividad (cafeína, anfetaminas, cocaína, nicotina, teína, antidepresivos, ...); y drogas *alucinógenas o psicodélicas*, las cuales perturban o trastocan la actividad del cerebro dando lugar a distorsiones perceptivas de la realidad (alucinógenos, derivados del cannabis, disolventes, drogas de síntesis como el éxtasis, ...).

Esta misma clasificación fue llevada por Delay (1961) citado por Euroinnova (2011), el cual las clasifica según su acción sobre el “Tonus Psicológico”, que es el resultante del nivel de vigilancia (despierto/ dormido) y del estado de humor (eufórico/ deprimido). De este modo, las drogas se clasificarían en:

⁵ Recuperado de: <https://www.infodrogas.org/drogas/que-son-las-drogas?showall=1>

- **Psicolépticas:** las cuales tienen propiedades depresoras de la actividad mental, donde se sitúan los hipnóticos, los tranquilizantes, los ansiolíticos, los antipsicóticos, ...
- **Psicoanalépticas:** las cuales tienen propiedades estimulantes del SNC (estimulan la vigilancia) y sobre la actividad física (aumentan el rendimiento), donde se sitúan los antidepresivos, las anfetaminas, la cafeína, ...
- **Psicodislépticas:** las cuales producen cambios mentales que distorsionan la percepción normal o que inducen alucinaciones, donde se sitúan las drogas alucinógenas o psicodélicas como el LSD, la mescalina, ...

Como se ha dicho anteriormente, las drogas tienen diferentes vías de administración: pueden ingerirse por vía oral, intranasal, inhaladas o fumadas, intrarrectal, o intravenosa (inyectadas), pero, sea cual sea la forma de consumo, la droga llegará al cerebro a través de la sangre y allí producirá alteraciones específicas. En función de la vía de administración los efectos tendrán más o menos latencia, intensidad y duración.

En conclusión, de acuerdo a los efectos sobre el sistema nervioso central, las drogas pueden calificarse en *depresoras* (inhiben su funcionamiento y generan lentitud en la actividad nerviosa, como el alcohol, la morfina, la metadona y la heroína), *estimulantes* (incrementan las funciones corporales y excitan el sistema nervioso central, como ocurre con la cocaína, la cafeína, la nicotina y la anfetamina) o *alucinógenas* (perturban la conciencia y deforman la percepción, como lo hacen el LSD y el peyote).

4.4. Proceso de la Drogodependencia

Determinadas sustancias y comportamientos pueden resultar potencialmente adictivos, pero, el hecho de que se llegue a desarrollar una adicción dependerá de diversos factores, tanto

individuales como ambientales, que al presentarse de manera conjunta hacen que la persona sea más vulnerable a esta adicción (Del Pozo, 2018).

Se calcula que solo el 10% de las personas que utilizan las drogas o el juego desarrollan una adicción. Esto sucede porque determinados comportamientos o sustancias activan el circuito de recompensa cerebral, lo que hace que se produzcan sensaciones agradables, bienestar, relajación o euforia (Rabadán, 2009).

Pero, el problema llega cuando estas sensaciones se buscan de manera progresiva, consumiendo de forma reiterada la sustancia o repitiendo la conducta, obteniendo reforzadores inmediatos y produciendo un condicionamiento adictivo. Este condicionamiento adictivo es mucho más que una costumbre o un hábito, ya que hace que se pierda la libertad para escoger entre diversas respuestas, haciendo complicada la resistencia al consumo o a la realización de ciertas conductas en determinadas situaciones.

El término adicción se utiliza, en ocasiones, para referirse a los problemas graves relacionados con las conductas habituales o compulsivas (Carlson y Birkett, 2018). “Cuanto más grave es la adicción, mayor es la pérdida de control y más “*robotizada*” es la conducta de consumir o de hacer una conducta”⁶.

Según la *Guía sobre Drogas de la Delegación del Gobierno de España para el Plan Nacional Sobre Drogas* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), las consecuencias de la adicción tienen repercusiones biopsicosociales: biológicas (modificaciones neurobiológicas en el cerebro), psicológicas (cambios cognitivos, conductuales y emocionales), y sociales (familiares, laborales, económicas y legales).

Para que una droga llegue a crear dependencia, lo primero que deberá hacer es reforzar la conducta, es decir, estimularla con un estímulo apetitivo, al cual el organismo tenderá a

⁶ Recuperado de: <http://www.socidrogalcohol.org/>

aproximarse y la conducta se hará más frecuentemente. Esta es una de las características de las drogas: tienen efectos reforzadores potentes e inmediatos (a excepción de los alucinógenos), es decir, los efectos que crean hacen activar el mecanismo de refuerzo, lo que hace que se fortalezca la respuesta a la que se asocia (aunque la vía de administración puede modificar la intensidad de activación) (Carlson y Birkett, 2018).

El refuerzo más importante se da cuando las sustancias producen cambios repentinos en la actividad de los mecanismos cerebrales de refuerzo, pero, estos efectos reforzadores inmediatos pueden prevalecer sobre la consciencia y anular la visión de sus efectos desfavorables, es decir, ciertos mecanismos cerebrales son capaces de inhibir una conducta que tiene consecuencias aversivas a largo plazo. Además, existen otros refuerzos cognitivos, como, por ejemplo, la expectativa de obtener efectos euforizantes.

Pero, todos los refuerzos naturales tienen algo en común: producen una liberación de dopamina en el núcleo accumbens, parte del cerebro encargada del placer, lo que es una condición necesaria para que tenga lugar el refuerzo positivo (White, 1996, citado por Carlson y Birkett, 2018). Como indican Carlson y Birkett (2018; pp. 36)

“El hecho de que las propiedades reforzadoras de las drogas adictivas involucren a los mismos mecanismos cerebrales que los refuerzos naturales indican que estas drogas se “apropian” de los mecanismos cerebrales que normalmente nos ayudan a adaptarnos a nuestro entorno”.

La liberación de dopamina arrastra a la adquisición de la conducta del consumo de la droga, es decir, en personas adictas, la dopamina que se libera no es liberada por la propia droga, sino que es liberada por los estímulos asociados a la sustancia (obtención de la sustancia, consumo, lugares donde se consumió, personas acompañantes, etc.).

Por lo tanto, cuando una persona consume por primera vez una sustancia adictiva siente placer, pero, en el momento en el que continúa consumiendo y se hace adicto su obsesión a consumirla no se da por los efectos placenteros que produce, sino por las asociaciones a la sustancia que hacen que se cree una necesidad de búsqueda de esta. Las personas con adicciones se muestran alerta y motivadas a la hora de buscar la sustancia, pero, en cambio, se muestran apáticas y retraídas en entornos en los que la sustancia no está presente o cuando realizan actividades no relacionadas con el consumo (Volkow et al., 2016, citado por Carlson y Birkett, 2018).

Pero, el hecho de que una persona se convierta en adicta no sólo tiene que ver con la sustancia que consume, ya que la mayoría de las personas que se exponen a sustancias adictivas no se vuelven adictas, si no que tiene que ver con muchos otros factores como la herencia, la edad (donde encontramos más vulnerabilidad en la adolescencia, como he hablado anteriormente en este trabajo), el entorno, ... (Pérez-Pérez, 2014).

Pero, las drogas, además de producir refuerzos positivos, producen refuerzos negativos, es decir, conductas que ponen fin o que reducen un estímulo aversivo. Este efecto puede explicar el consumo crónico de sustancias en algunas situaciones (por ejemplo, el alcohol alivia el sentimiento de soledad).

4.5. Conceptos básicos en drogodependencias:

Cuando se habla de drogas, existen una serie de conceptos que se deben tener en cuenta, como, por ejemplo (Euroinnova, 2011; Rabadán, 2009):

- El uso de drogas, que es una forma de relación con las sustancias en la que no se detectan consecuencias negativas inmediatas ya sea por la cantidad, por la frecuencia,

por la situación física, ... Aunque hay ciertas drogas que con el uso ya se puede considerar como problema.

- El abuso de sustancias, que hace referencia a un uso excesivo o a un mal uso de las sustancias, que puede dañar la salud física, la salud mental o el bienestar de la persona o de su entorno.
- El hábito de consumo, el cual se encuentra un escalón por debajo de la adicción, y se caracteriza por un deseo de seguir consumiendo por el bienestar que produce el consumo.
- La tolerancia, que se caracteriza por la disminución de los efectos al administrar la sustancia, es decir, se da cuando para generar los mismos efectos se deben administrar dosis mayores. Es una reducción de la respuesta a la dosis de una sustancia por consecuencia del uso continuado. Es el fenómeno que se produce cuando se da una adaptación biológica a una sustancia.
- La dependencia, de la que se hablará más adelante explicando sus diferentes tipos.
- La abstinencia (o síndrome de abstinencia), que se produce cuando se suprime la ingesta de la sustancia y se manifiesta por una serie de alteraciones físicas (diferente para cada droga). Es un cambio comportamental desadaptativo que se da cuando la concentración en la sangre de una sustancia disminuye en una persona que ha llevado a cabo un consumo prolongado de esta sustancia en grandes cantidades. Existen tres tipos de síndrome de abstinencia: el agudo (que aparece en el momento en el que se interrumpe el consumo), el tardío (que se da por desregulaciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas, que persisten después de lograr la abstinencia), y el condicionado o psicológico (que se da cuando aparece la sintomatología de un síndrome de abstinencia agudo en una persona que ya no consume al ser expuesta a los estímulos ambientales que fueron condicionados al consumo.

Los efectos de la abstinencia son desagradables, pero desaparecen al volver a consumir la sustancia, lo que produce un refuerzo negativo y contribuye a continuar con el consumo (Carlson y Birkett, 2018).

4.6. Trastornos relacionados con sustancias según el DSM-5

En las drogas, además de evaluar el tipo de droga, la cantidad consumida, etc., se empieza a evaluar el deterioro conductual que produce y la problemática que crea en la vida de quienes la consumen y de su alrededor (Bobes, Casas y Gutiérrez, 2011). Por lo tanto, es necesaria una parte en la que se expliquen estos tipos de trastornos basándonos en el DSM-5.

Para empezar, la dependencia se define como el “*enganche*” de la persona a la sustancia y se produce por la consecuencia de los efectos farmacológicos de la sustancia en el organismo a través de su consumo (Euroinnova, 2011).

Se caracteriza por una adaptación psicológica, fisiológica y bioquímica, que se da por exponerse, de manera reiterada, a la sustancia, llegando a hacerse necesaria su utilización (Rabadán, 2009).

También se podría definir como una pauta de comportamiento donde se prioriza el uso de la sustancia psicoactiva frente a otras conductas que anteriormente se consideraban importantes, es decir, el dejar de hacer las cosas cotidianas personales por tener que consumir la sustancia de la que se es dependiente. Es un patrón desadaptativo de uso de una sustancia.

Esta dependencia puede ser: psíquica, física y/o ambiental, y/o relacional o psicosocial (Euroinnova, 2011; Rabadán, 2009).

- **Dependencia psíquica:** Surge cuando la persona está psicológicamente subordinada al consumo de la droga a la hora de llevar a cabo sus actividades. Siente un deseo

incontrolable de utilizar la sustancia con el objetivo de alcanzar un estado agradable. La persona cree que necesita la sustancia para mantener su bienestar, es decir, la dependencia psicológica es una necesidad psíquica de recurrir de manera continuada a una sustancia para sentir sus efectos placenteros y para poder evitar el estado de ansiedad que se provoca con la abstinencia. Esto puede producir sentimientos de placer que la persona buscará de manera impulsiva y le llevará a consumir de forma regular o continuada.

La mayoría de las drogas producen este tipo de dependencia, ya que se basa, fundamentalmente, en procesos de aprendizaje y de memoria que tienden a perturbar esa conducta.

- **Dependencia física:** Se da cuando se produce una adaptación entre la sustancia y el organismo de la persona. Se caracteriza por la necesidad imprescindible de adquirir unos determinados niveles de la sustancia para poder mantener un estado normalizado. Cuando se deja de tomar se genera un síndrome de abstinencia, el cual será diferente según la persona y según la sustancia consumida.
- **Dependencia ambiental, relacional o psicosocial:** Aparece según el contexto en el que se dé el consumo y según las relaciones sociales que se establecen entorno a ese consumo.

Para que aparezca una dependencia influyen varios factores como pueden ser: las características individuales de la persona y sus antecedentes personales, la naturaleza del ambiente sociocultural en el que vive la persona, y las características farmacológicas que presenta la sustancia según la cantidad que se consume, su frecuencia y su vía de administración...

Se pueden consumir drogas sin que suponga un peligro o un problema para la persona y sin que se convierta en dependiente, pero, el problema viene cuando se da un abuso de estas

sustancias, es decir, un mal uso o un uso indebido de ellas, porque “no todo consumo de drogas es sinónimo de adicción, pero si toda adicción se inició con un consumo” (Ramírez et al., 2017).

El abuso de drogas puede producir trastornos físicos (cuando causan daños en el organismo); trastornos psicológicos (cuando inciden negativamente en la relación del sujeto consigo mismo o con su entorno afectivo); y trastornos sociales (cuando impactan sobre la comunidad, como por ejemplo los accidentes de tráfico a causa de conducir bajo los efectos de las drogas) (Euroinnova, 2011).

Una conducta es adictiva si al principio está controlada por reforzadores positivos, es decir, si provoca placer; si termina siendo controlada por reforzadores negativos, es decir, cuando se realiza para evitar el malestar que produce el no realizarla; si se pierde el control de esta conducta; y si produce una degradación social de la persona. Por lo tanto, cualquier conducta placentera es susceptible de convertirse en adictiva.

“El “*circuito de placer*” recorre un conjunto de estructuras en torno al sistema límbico y en ellas actúan diversas sustancias químicas que se liberan de modo natural al sentir placer e inducen al organismo a repetir lo que le ha gustado” (Euroinnova, 2011; pp. 31-33).

Según el DSM-5 (2018), los trastornos relacionados con sustancias abarcan diez tipos de sustancias distintas. Estas son: el alcohol, el cannabis, los alucinógenos (con diferentes categorías), los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos, los estimulantes (anfetaminas, cafeína, cocaína y otros estimulantes), el tabaco, y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Estas diez clases no son completamente diferentes entre sí ya que cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que refuerza los comportamientos y la producción de recuerdos.

Provocan una activación tan intensa del sistema de recompensa que se llegan a ignorar las actividades normales y/o cotidianas.

Además de los trastornos relacionados con sustancias, el DSM-5 incluye el juego patológico, ya que los comportamientos del juego activan sistemas de recompensa similares a los activados por las drogas y, por lo tanto, producen síntomas comportamentales similares a los producidos por las sustancias, pero, como se ha dicho antes, este trabajo se centrará únicamente en las sustancias.

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos:

- Trastornos por consumo de sustancias: Dependencia y abuso
- Trastornos inducidos por sustancias: Intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por una sustancia (como delirium, trastornos psicóticos, trastorno bipolar, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos del sueño, disfunciones sexuales, síndrome confusional y trastornos neurocognitivos).

Para que se dé una dependencia, es decir, un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar, se tienen que dar, durante un periodo de 12 meses, tres o más de los siguientes puntos:

- Tolerancia, es decir, necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para lograr el efecto deseado, o disminución del efecto de la misma cantidad de sustancia por su consumo continuado.
- Abstinencia.
- Consumo en cantidades mayores o durante periodos de tiempo más largos del inicial.
- Deseos o esfuerzos persistentes de controlar o de interrumpir el consumo.

- Empleo de mucho tiempo en la obtención de la sustancia, en su consumo, o en la recuperación de sus efectos.
- Reducción de la realización de actividades sociales, laborales o recreativas importantes por el consumo.
- Continuación con el consumo a pesar de ser consciente de los problemas psicológicos o físicos que conlleva.

Para que se dé un abuso, es decir, un patrón de consumo desadaptativo que conlleva un deterioro o malestar, se tienen que dar, durante un periodo de 12 meses, uno o más de los siguientes puntos:

- Consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de las obligaciones (laborales, familiares, etc.).
- Consumo en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
- Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
- Consumo continuado a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados por los efectos de la sustancia.

4.7. Características de la persona drogodependiente

Las personas pueden tomar drogas por el placer que les generan, aunque la suspensión del consumo genera un malestar psíquico. La ingesta excesiva de drogas, por otra parte, tiene consecuencias negativas para el cuerpo. Se conoce como drogodependencia a la necesidad de consumir drogas para obtener sensaciones placenteras o eliminar algún tipo de dolor.

Existen características o rasgos personales que aumentan la vulnerabilidad psicológica a las adicciones, como por ejemplo el egocentrismo, la disforia, la búsqueda exagerada de

sensaciones, etc. Además, la situación ambiental o la presencia de determinadas variables psicosociales condicionarán la aparición de diferentes adicciones.

La experimentación del síndrome de abstinencia es el núcleo fundamental de todas las adicciones, ya que presenta unos síntomas característicos de cada dependencia y de cada adicción, pero, a su vez, tiene unas características comunes a todas ellas, como pueden ser los impulsos repetidos a una conducta que trae consigo efectos perjudiciales para el sujeto, la tensión creciente hasta que se completa la conducta (como irritabilidad, ansiedad, trastornos del sueño, ...), la desaparición temporal de ésta tensión cuando se lleva a cabo la conducta o el consumo, la vuelta gradual del impulso con una fuerza creciente, etc. (García, 1995).

La adicción puede estar condicionada por contextos familiares, económicos, psicológicos, culturales, legales, políticos, etc. No es sólo una consecuencia del mal funcionamiento del cerebro ni de los cambios que se producen en él.

Las condiciones ambientales ponen a las personas en diferentes situaciones con las drogas y, además, los factores biológicos y de aprendizaje, es decir, los factores individuales, determinan la vulnerabilidad a la adicción ⁷

4.8. Factores de riesgo y/o de protección

Los términos “*factores de riesgo*” y “*factores de protección*” están estrechamente relacionados, ya que ambos conceptos son características internas o externas de la persona que pueden aumentar o disminuir la predisposición o la probabilidad de que se produzca un determinado fenómeno (Clayton, 1992, citado por Peñafiel, 2009). Los factores de protección reducirán esta predisposición y los de riesgo la aumentarán.

⁷ Recuperado de: <http://www.socidrogalcohol.org/>

Estos factores, personales, sociales y/o familiares, harán a las personas más o menos vulnerables hacia el consumo de sustancias.

Según Vielva (2001), la personalidad del sujeto, la fase evolutiva por la que está pasando, su familia, la influencia de amigos, el ambiente social, el contexto socioeconómico en el que vive, y la disponibilidad de las sustancias, junto con sus efectos farmacológicos, se entremezclan y darán como resultado o bien la abstinencia, o el consumo, o el abuso.

Como dice Bandura en su teoría del aprendizaje social, el ambiente social y el grupo de iguales contribuyen al aprendizaje de conductas y, el consumo de sustancias no es una excepción (Pérez, 2018b).

La familia es un pilar fundamental, tanto como factor de protección como factor de riesgo. Suele identificarse como una de las primeras instituciones sociales, tanto desde el punto de vista cronológico (ya que es la primera estructura que el niño y la niña encuentran al nacer), como estructural (ya que es la primera que otorga un estatus a los miembros que la componen) (Peñañiel, 2009). Por lo tanto, podemos decir que la familia juega un rol central en la experiencia humana. Su influencia se mantiene a lo largo de toda la vida, pero, hay dos períodos evolutivos en los que es clave la repercusión de la educación familiar tanto en el comportamiento como en el desarrollo de los hijos y de las hijas. Estos dos periodos son la infancia y la adolescencia.

La familia desempeña un papel esencial y central en el desarrollo de las personas ya que, además de garantizar su supervivencia y satisfacer sus necesidades emocionales, también es donde se realizan los aprendizajes básicos necesarios para el correcto desenvolvimiento de la persona en la sociedad.

Hay estudios que dicen que determinadas características y mecanismos familiares disuaden o promueven el consumo de drogas en los adolescentes (Charro y Martínez, 1995, citado por Pantoja et al., 2001).

Entre las características familiares que promueven el consumo de sustancias se encuentran:

- La falta de cercanía y afecto entre padres, madres, hijos e hijas, donde el o la adolescente no recibe valoraciones positivas ni se siente incluido/a ni aceptado/a por su familia (desapego), lo que hace que tenga que buscar el ser aceptados en otros grupos y que, para ello acepte cualquier condición (como el consumir drogas).
- El control o la supervisión tanto deficiente o débil (disciplina permisiva), donde no existen normas claras y se tolera sin límite las exigencias del o de la menor, como extremadamente rígido e inflexible (disciplina autoritaria), donde los progenitores esperan que sus hijos e hijas cumplan las normas sin opinar sobre ellas o donde no se toleran los comportamientos que se salen de sus expectativas (lo que genera rechazo por parte de los y las menores).
- Una alta frecuencia de separaciones, de muertes, de divorcios, de abandonos o de enfermedades en el periodo de la infancia o de la adolescencia. En estos estudios plantean la posibilidad de que el consumo viene dado como síntoma que manifiesta las dificultades familiares en forma de defensa contra la desesperanza y para superar el duelo.
- Una sobreprotección o una intrusión, es decir, roles inadecuados de los progenitores, que impiden el desarrollo autónomo de sus hijos o hijas. Algunos y algunas adolescentes consumen sustancias porque perciben a sus progenitores como invasores de su intimidad de una manera posesiva y sobreprotectora y, de esta manera, consiguen un mayor margen de intimidad.

- Una incongruencia jerárquica, es decir, un orden jerárquico disfuncional en familias con hijos e hijas que no reconocen la autoridad del padre o de la madre.
- Una escasa cohesión familiar o desvinculación, con faltas de apoyo, lejanía entre los miembros, rigidez (poca capacidad para adaptarse a los cambios de uno de los miembros), ...
- Una alta frecuencia de consumo de drogas legales por parte del padre o de la madre (tabaco, alcohol, tranquilizantes, ...), ya que la actitud de los progenitores hacia las drogas (aunque éstas sean legales) tiene mucha influencia sobre la conducta de consumo que adopten los y las adolescentes.

Las familias con algún miembro consumidor tienden a caer en extremos. Se suelen dar familias desestructuradas bien por desapegos, por falta de cohesión entre los miembros, por el establecimiento de normas tanto rígidas como demasiado permisivas, o por tener una capacidad de adaptación muy baja, lo que no permite la aprobación de los cambios evolutivos ni la resolución de tensiones situacionales (Pantoja et al., 2001).

La consideración de la familia en personas drogodependientes se hace ineludible. Es una de las variables que se plantea con más insistencia en la mayoría de los trabajos y estudios en cuanto a factores de riesgo. Como he mencionado anteriormente, es el contexto afectivo y de aprendizaje por excelencia y, por lo tanto, el comportamiento de cualquier persona dependerá, en gran medida, de las relaciones que se den en su núcleo familiar.

“La vinculación entre el consumo de drogas y un ambiente familiar deteriorado es tan evidente que es difícilmente evitable considerar a la familia como uno de los principales factores, ya sea de riesgo o de protección, en la implicación de cualquiera de sus miembros en conductas de drogodependencias” (Pantoja et al., 2001).

Aunque el problema de la drogadicción puede afectar a cualquier miembro de la familia, se suele dar, en mayor medida, en los hijos e hijas que se encuentran en la etapa de la adolescencia (Diez et al., 1988).

Según Elzo et al. (1987), los adolescentes con una mala percepción de las relaciones con sus padres son los que más consumen. A medida que el adolescente percibe un mayor deterioro de las relaciones con su familia, se incrementa la probabilidad de que éste pase a ser consumidor.

Las familias juegan dos papeles decisivos tanto en el origen como en el mantenimiento del consumo de las drogas: por un lado, podemos encontrar la facilitación de la sustancia y la imitación en el inicio del consumo (modelos parentales poco idóneos) y, por el otro lado, se encuentran las consecuencias de un clima familiar percibido como desfavorable desde la perspectiva de él o de la adolescente, como, por ejemplo, trastornos de las relaciones afectivas, falta o mal manejo de la disciplina, mala comunicación, ... (Díez, et al., 1988).

Stanton y Todd (1988) citado por Pantoja et al. (2001) denomina al perfil familiar más común de familias con un hijo o una hija consumidor o consumidora de drogas como “*falsa individualidad*” o “*emancipación bloqueada*”, el cual se caracteriza por darse una sobre implicación del progenitor del sexo contrario que encubre al hijo o a la hija consumidor o consumidora, por un alejamiento del otro progenitor (mostrándose ausente del entramado relacional familiar), por unas coaliciones intergeneracionales no reconocidas (por ejemplo, cuando uno de los progenitores se une con el o la joven que consume y se ponen de frente al otro progenitor), por la falta de límites entre progenitores e hijos/as que dificulta el establecimiento y el mantenimiento de normas y de disciplina, y por un estilo de comunicación contradictorio.

Hay características que pueden estar definidas más o menos al nacer, otras que dependerán del contexto educativo (escuela y grupo de iguales) que influyen sobre el o la joven de manera paralela e incluso, en ocasiones, de forma competitiva con el contexto familiar y la educación que se da dentro de casa, y, por supuesto, un factor influyente es la ideología política que gobierne en la época, la cultura, las costumbres sociales y religiosas, la situación socioeconómica, etc. Por lo tanto, se puede decir que la juventud viene influida por múltiples aspectos, aunque el papel de la familia es clave para el desarrollo y la socialización (Vielva, 2001).

En conclusión, se puede afirmar, según un estudio empírico desde el modelo circunplejo de evaluación familiar llevado a cabo en la Universidad de Deusto, concretamente en el Instituto de Drogodependencias, que las familias con hijos o hijas consumidores difieren significativamente de las familias en las que no se da consumo en sus menores en el grado de cohesión y de adaptabilidad percibido dentro de las familias. La cohesión y la adaptabilidad (implicación de los miembros, fronteras y sentimientos de unidad) es mayor en las familias sin consumo en los hijos e hijas. En cambio, en las familias que presentan consumo de drogas por parte de los hijos o de las hijas se observa que el nivel de implicación de los miembros, el tiempo libre y las actividades compartidas, así como el sentimiento de unidad es menor.

Los hijos e hijas que presentan cierto consumo perciben, por lo general, un peor funcionamiento familiar (sobre todo en cuanto a su percepción de las fronteras y a su sentimiento de unidad familiar). Los hijos e hijas consumidores y consumidoras indican unas fronteras más cerradas, es decir, un menor número de actividades e intereses compartidos con los progenitores y un menor sentimiento de unidad familiar (Vielva, 2001).

Además, los hijos e hijas consumidores y consumidoras indican estar menos satisfechos con su familia que los no consumidores.

Se podría decir que el consumo de drogas se relaciona negativamente con la percepción de los padres, madres, hijos e hijas de la cohesión y de la adaptabilidad familiar, con la satisfacción global experimentada por los progenitores y los hijos e hijas, y con una peor comunicación entre los miembros de la familia (Pantoja et al., 2001).

Pero, a pesar de su importancia, la familia no tiene un poder absoluto de influencia, ya que se dan otros factores que influyen y condicionan el desarrollo personal de los y las jóvenes. Además de la familia, hay muchos otros factores que influyen en que un o una adolescente consuma drogas. Aparte de las características evolutivas propias de esta época que se han mencionado anteriormente y del papel que juega la familia, podemos encontrar una serie de factores de riesgo, es decir, diferentes condiciones que se combinan entre ellas y que pueden favorecer o facilitar el consumo de drogas.

Entre estos factores, existen factores individuales (que hacen referencia a las características internas de la persona) como su forma de ser, su edad, el sexo, las creencias y los valores, la percepción del riesgo, las habilidades sociales, el autoconcepto y la autoestima, el autocontrol, la accesibilidad a las sustancias, la personalidad y los problemas conductuales, la conformidad o disconformidad con las normas sociales, la tolerancia a la frustración, la autonomía personal respecto a un grupo, la aprobación social, la curiosidad por experimentar nuevas experiencias y sensaciones (característica natural de esta etapa), la elevada necesidad de aprobación social, las expectativas positivas respecto al consumo, es decir, la búsqueda de placer, el deseo de desconectar de la realidad, de disfrutar al máximo del tiempo de ocio..., lo que engloba una dificultad para el manejo del tiempo libre y una falta de alternativas de ocio saludable, la falta de conocimientos sobre las drogas, un mínimo desarrollo del sentido de la prudencia, ...; y factores relacionales (relativos al entorno más próximo del individuo) como la escuela y sus experiencias, el fracaso escolar, el clima escolar, el estilo educativo, el tamaño de la escuela, el contacto con las familias, la existencia y el cumplimiento de normas, el grupo

de amigos, las actividades de ocio, el dinero disponible, la composición y estructuración de la familia, el estatus socioeconómico, las relaciones afectivas con los progenitores, las actitudes y conductas familiares, ... (Peñañiel, 2009; Rabadán, 2009).

La influencia de las amistades juega un papel muy importante en la iniciación y en el mantenimiento del uso de drogas siendo, además, el principal factor de riesgo para el consumo (Cebrián, 2007; Calleja y Aguilar, 2008 citados por Baltasar et al., 2014). Según el estudio realizado por Peñañiel (2009) sobre los factores de riesgo y protección, la variable que ha obtenido mayor índice de riesgo ha sido la relacionada con el grupo de iguales y la presión que ejercen estos, siendo esta la variable de mayor riesgo para el uso de sustancias.

Por otro lado, la conducta de las personas está regulada por su sistema de creencias y valores, o al menos en gran parte, y estas creencias se manifiestan en forma de acciones que pueden influir positiva o negativamente en sus vidas y en su salud. Con esto quiero decir que muchos y muchas jóvenes consumidoras lo son por sus creencias erróneas acerca de este consumo y de sus consecuencias (Canales et al., 2012).

Además, otro aspecto que condiciona el uso de drogas es la aceptación y la promoción mediática, ya que se han hecho estudios en los que se observa que las drogas legales no son consideradas drogas por la juventud (Baltasar et al., 2014).

Y, por último, la fácil accesibilidad existente de las sustancias se ve como un factor que aumenta notablemente la probabilidad de consumo junto con la baja percepción que existe del riesgo en el consumo (Peñañiel, 2009).

5. Parte Empírica

Antes de iniciar con los datos del cuestionario, se han obtenido una serie de datos de las principales fuentes en temas de consumo. Algunos de estos datos más destacables son los siguientes:

Según la encuesta EDADES (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017-2018) las drogas más consumidas en la población entre 15 y 64 años son el alcohol (75,2%), el tabaco (40,9%) y los hipnosedantes (11,1%) y, entre las drogas ilegales, se encuentra el cannabis (11%), seguido de la cocaína (2,2%). Además, en los datos que nos proporciona esta encuesta, podemos observar que ha disminuido el consumo de alcohol (-2,4%), de hipnosedantes (-0,1%) y de alucinógenos (-0,2%) desde el estudio anterior llevado a cabo en el año 2015-2016 pero, se observa un aumento en el consumo de tabaco (+0,7%), de cannabis (+1,5%) y de cocaína (+0,2%).

Uno de los datos más significativos es la diferencia de consumo entre hombres y mujeres, siendo el consumo de ellos superior en las drogas ilegales como el cannabis (+8,8%), la cocaína (+2,4%), el éxtasis (+0,7%) o los alucinógenos o anfetaminas (+0,6%), el alcohol (+12,1%) y el tabaco (+10,2%) y, en ellas en hipnosedantes (+6%) y analgésicos opioides (+1,5%).

Centrándonos en edades tempranas, podemos observar que en los menores de 15 a 17 años está más extendido el consumo de cannabis, de alucinógenos y de setas mágicas.

Según la encuesta ESTUDES (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2016-2017) las drogas más consumidas entre la población estudiantil entre 14 y 18 años son el alcohol (75,6%), el tabaco (34,7%) y el cannabis (26,3%), seguido de hipnosedantes (11,6%). Además, se puede observar una disminución de consumo de alcohol (-1,2%), de alucinógenos (-0,2%) y de cocaína (-0,3%) desde la encuesta anterior llevada a cabo en 2014 pero, a su vez,

un aumento en el consumo de tabaco (+3,3%), de cannabis (+0,9%), de hipnosedantes (+0,8%), de éxtasis (+0,7%), de anfetaminas (+0,3%) y de metanfetaminas (+0,5%).

En cuanto al sexo, el consumo de todas las drogas ilegales como el cannabis (+3,7%), la cocaína (+1,7%), el éxtasis (+0,9%) o las anfetaminas (+0,9%) está más extendido entre los hombres. En cambio, el consumo de drogas legales como el tabaco (+4,3%), el alcohol (+2,6%) o los hipnosedantes (+5,6%) está más extendido entre las mujeres.

Las edades de inicio en el consumo varían según la sustancia (aunque se mantienen estables en comparación a los resultados de las encuestas anteriores). Entre las drogas más consumidas mencionadas anteriormente podemos decir que las edades medias de inicio son: 14,1 en el tabaco, 14 en el alcohol, 14,8 en el cannabis, 13,7 en hipnosedantes, 13,8 en inhalables volátiles, 15,1 en anfetaminas y en cocaína y 15,2 en alucinógenos y en éxtasis.

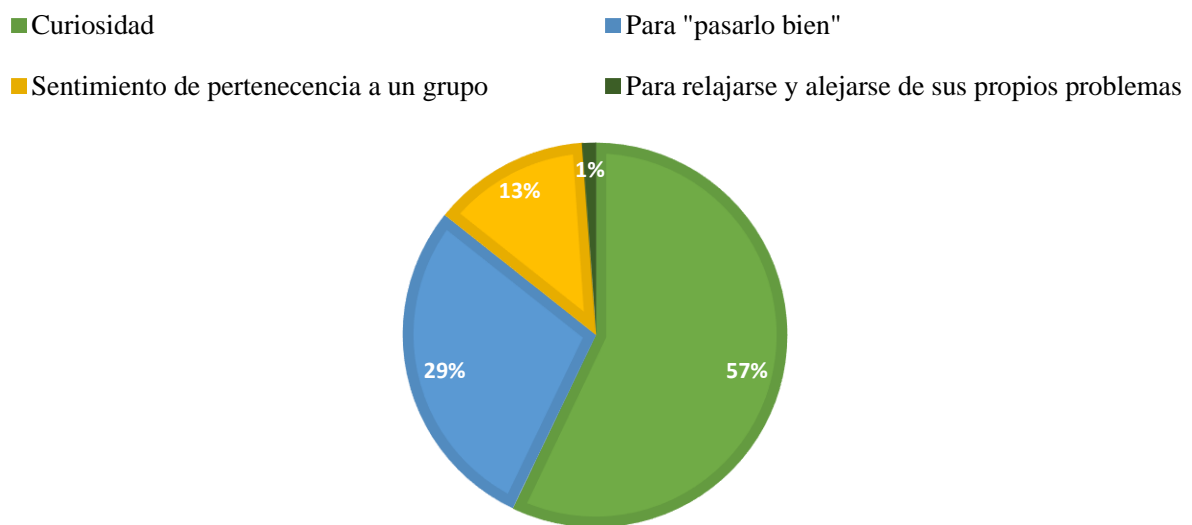
Además, una de las cosas que está creando preocupación a nivel de consumos es el incremento que se ha observado en cuanto al consumo de cannabis. El Informe del año 2016 del Proyecto ÉVICT (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social) indica que 2,1 millones de españoles usan cannabis en la actualidad y de estos, 600 mil lo usan a diario, estando un 75% en edades comprendidas entre 15 y 34 años, y siendo visiblemente notable el consumo en edades entre los 15 y los 25 años.

5.1. Análisis y resultados

Una vez adquiridos estos datos, se pasará a compararlos con los datos obtenidos en la encuesta realizada, la cual nos dice que, en cuanto al consumo de sustancias ilegales (dejando fuera del estudio el alcohol y el tabaco), la edad de inicio ronda entorno a los 13-14 años, siendo el cannabis la primera sustancia de consumo (95,2%), seguido de la cocaína y de las anfetaminas (11,9%), tomadas en ocasiones mezcladas con cannabis y/o con otras drogas.

En cuanto a los motivos que les hicieron probar la sustancia, el en total de las respuestas el 57,1% dice que probaron la o las sustancias por curiosidad, el 28,6% para “pasarle bien”, el 13,2% afirma que lo hicieron por sentirse pertenecientes de un grupo y por la presión que estos hacían, y un 1,1% lo hicieron para relajarse y alejarse de sus propios problemas.

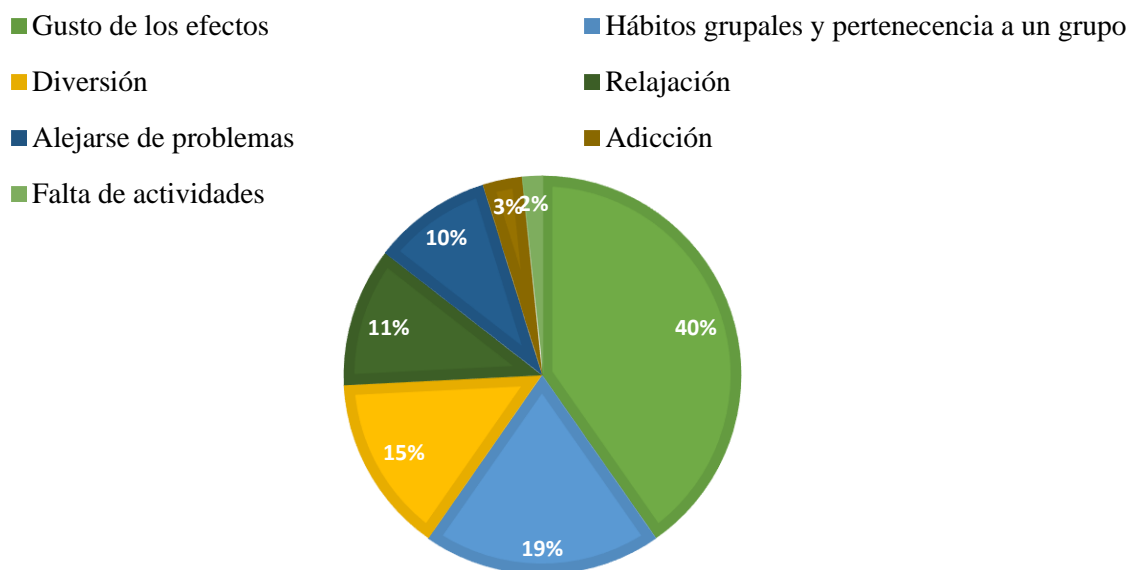
Tabla 2: Motivos que les hicieron probar la sustancia



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las causas que les hicieron continuar con el consumo (teniendo en cuenta que, como se ha dicho anteriormente, el cuestionario ha sido realizado únicamente por personas que han sido o que son consumidoras de drogas), el 40,3% continuó porque les gustaban los efectos y las sensaciones que sentían al consumir la sustancia. El 19,4% continuó porque su grupo de amistades lo hacían y por sentirse pertenecientes a ese grupo, normalizando el consumo. El 14,5% continuó por diversión. El 11,3% por relajación. El 9,7% continuó por alejarse de sus propios problemas y evadirse. Y, por último, sólo el 3,2% continuó con el consumo por adicción y el 1,6% por no tener otras actividades que realizar adaptadas a la adolescencia.

Tabla 3: Causas que les hicieron continuar con el consumo



Fuente: Elaboración propia

El tiempo que han consumido varía, ya que, en el grupo de participantes de Proyecto Hombre (grupo A), su consumo fue hasta entrar en el programa; en cambio, el grupo de personas externas (grupo B), el 43,8% afirman continuar con el consumo; el 28,1% dicen haber consumido durante cinco años o más; el 25% dicen haber consumido durante un periodo de dos a cuatro años; y sólo un 3,1% dice haber consumido durante un año⁸.

La frecuencia de consumo en días laborables, es decir, de lunes a jueves, en las respuestas dadas por el grupo B, un 63,4% consumen o consumían todos los días y, un 90% en el grupo A. En cuanto a la frecuencia de consumo en fines de semana, el 90,5% de los participantes del grupo A consumían todos los días y, del grupo B, un 76,2%.

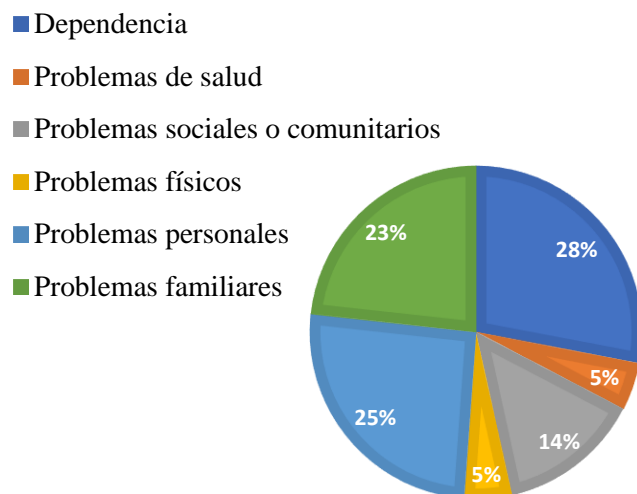
Además, el 85% de los participantes del grupo A dicen haber sido consumidores de más de una sustancia a la vez (policonsumo) y, del grupo B el porcentaje se reduce a un 61,9%, siendo el

⁸ Para hacer más fáciles los resultados, denominaremos al grupo de participantes procedentes de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre grupo A y a los participantes externos se les denominará grupo B.

cannabis una de las sustancias que utilizaban en la mayoría de los casos, junto con cocaína, speed, pastillas, LSD, MDMA, anfetaminas, ...

En cuanto a la percepción que tienen del consumo, los problemas principales que señalan los participantes del grupo A son, de mayor a menor intensidad, dependencia (28%), problemas personales (25%), problemas familiares (23%), problemas sociales o comunitarios (14%) problemas de salud (5%), y problemas físicos (5%).

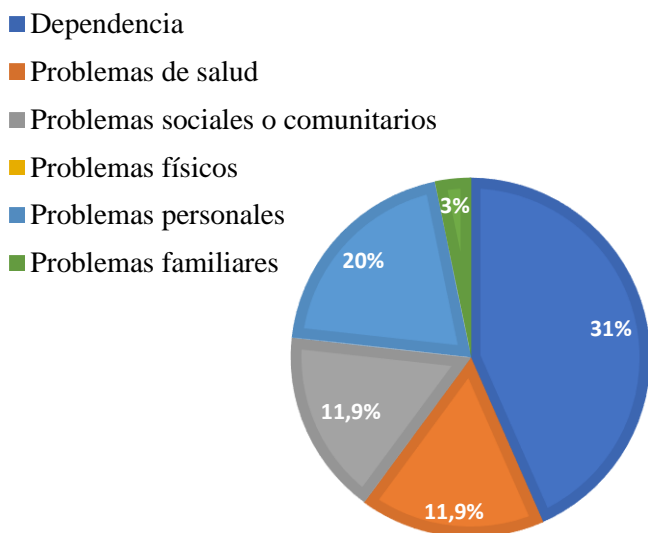
Tabla 4: Problemas principales que causa el consumo (Grupo A)



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la percepción del grupo B, el 31% piensa que el mayor problema que causa el consumo

Tabla 5: Problemas principales que causa el consumo (Grupo B)



de drogas es la dependencia que crea; el 20% piensa que son los problemas personales; el 11,9% los problemas de salud; otro 11,9% problemas sociales o comunitarios; y únicamente una persona señala como principal problema los problemas familiares.

Fuente: Elaboración propia

Y, por último, se les ha preguntado acerca de los motivos que han hecho que quieran o que hayan pensado en abandonar el consumo, en caso de haberlo hecho, y las respuestas han sido, en el caso del grupo A, el 36,7% lo está dejando por problemas familiares; el 26,7% afirma el querer dejarlo por problemas de salud; el 16,7% porque quieren tener una vida mejor; el 10% por amor y por recuperar la confianza en sí mismos/as; un 6,7% está ahí por problemas judiciales y, en menor medida, han dado respuestas como el querer dejarlo por problemas económicos, por volver a retomar los estudios, o por estar cansado de esa vida.

En cambio, en el grupo B, el 24,3% de los participantes afirman el no haberse replanteado dejar el consumo, mientras un 27% lo han intentado dejar o lo han dejado por su salud; un 16,2% por su familia; un 8% dicen haber madurado; y, en menores cantidades encontramos respuestas como por miedo a la dependencia, aburrimiento, por práctica de actividades deportivas incompatibles con el consumo, ...

6. Conclusiones

Se puede afirmar que la adolescencia es un periodo de riesgo del ciclo vital por varios factores y características presentes en esta etapa que se han ido enmarcando durante el trabajo. Además, podemos decir que, según los datos obtenidos, muchas de las personas que se han iniciado en consumos de sustancias lo han hecho en esta etapa por curiosidad y por la presión sentida al querer (y/o necesitar, como seres sociales que somos) formar parte de un grupo de amistades y de ser aceptado o aceptada. Este hecho se puede explicar por los cambios que se experimentan en esta etapa de la adolescencia, donde configuramos nuestra propia identidad (experimentando nuevos intereses, valores, comportamientos, ...). Y, como hemos visto, los comportamientos problemáticos que se expresan son causa de las dificultades que atraviesan y de los conflictos personales con los que se encuentran en este proceso.

En estas edades, a causa de los cambios madurativos que se dan en el encéfalo, se da una mayor probabilidad de realizar conductas impulsivas, novedosas y de riesgo, es decir, se vuelven más vulnerables a caer en el mundo de las drogas. Pero, uno de los problemas que presenta el inicio precoz en el consumo de sustancias es que está asociado a adicciones más graves y a una mayor probabilidad de consumo.

Hoy en día se asocia el disfrute del ocio y de las relaciones sociales con el uso de sustancias, ya que, su consumo, aumenta la percepción de pertenencia y de sentirse parte de un grupo y, además, concede prestigio a quienes las consumen, ya que les ayuda a reafirmar sus capacidades para tomar decisiones sin depender de los mayores, lo que implica valentía y admiración por parte de sus iguales. Esto hace, además, que en ocasiones se sientan coaccionados a hacer lo que el grupo hace o lo que les dicen que deben hacer.

Además, nos encontramos con el factor de la accesibilidad, lo que quiere decir que hoy en día las drogas están al alcance de todos y de todas.

Pero, una de las cosas que debemos tener en cuenta es que la adicción no se crea simplemente por el efecto o por la composición de la sustancia, sino que dependerá, además, de otros factores tanto individuales como ambientales asociados.

Hemos visto la importancia que tiene la familia (tanto como factor de protección como de riesgo), siendo una de las variables que se plantea con más insistencia en la mayoría de los estudios pero, en el estudio exploratorio realizado en este trabajo para conocer las causas y los motivos (donde además se les preguntaba a los y las participantes por su relación con su familia en la adolescencia), podemos observar que la gran mayoría de las respuestas indican como causas principales de inicio en el consumo la curiosidad, el gusto de las sensaciones que la sustancia produce, y la necesidad de pertenecer a un grupo (junto con la presión que este ejerce). Únicamente el 11,9% de los y las encuestados/as externos a Proyecto Hombre afirma haber tenido mala relación y problemas con sus progenitores, pero, de los usuarios y usuarias de la Comunidad Terapéutica el porcentaje asciende al 39,1%.

Pero, no todos los y las adolescentes prueban las drogas y, de los que las prueban, muchos simplemente experimentan con ellas o hacen consumos ocasionales, como hemos dicho anteriormente. Pero eso sí, el 95% de los encuestados totales afirma haber probado las drogas por primera vez antes de los 18 años, siendo la edad más común a los 13 años, y la droga más consumida el Cannabis (bien en hachís o en marihuana).

Cada vez es más importante la labor en este ámbito de profesionales del Trabajo Social como agentes de cambio, ya que, tanto la prevención como la reinserción de personas que han presentado o presentan una adicción necesitan la ayuda de profesionales para poder superar con éxito el problema mediante tratamientos especializados llevados a cabo por profesionales expertos en conductas adictivas.

Además, es imprescindible la elaboración de programas educativos de prevención en adicciones en todas las etapas educativas, y estos programas deberán ser llevados a cabo por profesionales expertos en el tema.

Por lo tanto, para mejorar la vida tanto de las personas perjudicadas o adictas como de sus familiares y de su entorno es muy importante el trabajo de un equipo multidisciplinar, compuesto por Trabajadores Sociales, psicólogos, médicos y educadores expertos, ya que la adicción es un complejo trastorno con consecuencias bio-psico-sociales que necesita ser guiado y, como tal, es necesaria una intervención multidisciplinar.

El Trabajo Social es una disciplina que promueve activamente el cambio y facilita que todas las personas desarrollen plenamente sus potenciales y sus capacidades, enriqueciendo sus vidas y haciendo que tomen las riendas de estas.

7. Bibliografía

- Alegret, J. (2005). *Adolescentes: relaciones con los padres, drogas, sexualidad y culto al cuerpo*. Barcelona: Graó.
- Alvarez, Y., Palacios, F. A. y Fuertes, J. C. (1999). *Adolescentes y drogas para padres que no quieren ser los últimos en enterarse*. Madrid.
- American Psychiatric Association (Asociación Americana de Psiquiatría). (2018). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, EE. UU: American Psychiatric Publishing.
- Arbex, C. (2002). *Guía de intervención: menores y consumos de drogas*. Madrid: ADES (Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales).
- Arbex, C. y Comas, R. (2001) *Percepción de riesgo de las drogas por los escolares*. PNSD. Madrid: PNSD (Plan Nacional Sobre Drogas).
- Baltasar, A., Gras, M. E., Font, S., García, E. M., Patiño, J., Raurell, M. y Cunill, M. (2014). Creencias de los adolescentes respecto al consumo de drogas. *Cuaderno de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. Revista iberoamericana de Psicología*, N° 112. pp: 11-21.
- Bobes, J., Casas, M. y Gutiérrez, M. (2011). *Manual de Trastornos Adictivos* (2ª Edición). Madrid. XXXVIII Jornadas nacionales de Socidrogalcohol,
- Botvin, G. (1996). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Revista de Psicología Conductual* pp: 333-356.

- Canales, G. F., Díaz, T., Guidorizzi, A. C., Arena, C. A. (2012). Consumo de drogas psicoactivas y factores de riesgo familiar en adolescentes. *Cuidarte. Revista de Investigación*. pp: 260-269.
- Carlson, N. R., Birkett, M. A. (2018). *Fisiología de la conducta (12 Ed.)*. Madrid; Pearson.
- Conde, F. (1996). *Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños*. Documentos Técnicos de Salud Pública. Madrid, España: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Del Pozo, J. A. (2018). *Consumo de sustancias en los jóvenes: estado de la cuestión*. Salud mental y bienestar emocional infanto-juvenil: retos para el siglo XXI. Logroño, España: Universidad de La Rioja. Cursos de verano.
- Del Pozo, J. A. y González, A. (2009). *Encuesta sobre consumo de drogas en La Rioja*. Logroño, España: Consejería de Salud y Servicios Sociales. Servicio de Drogodependencias.
- Deusto (2014). *Estudio empírico desde el modelo circunplejo de evaluación familiar*. Universidad de Deusto. Facultad de Psicología y Educación. Instituto de Drogodependencias. Recuperado de:

<https://psicologiayeducacion.deusto.es/cs/Satellite/psicologiayeducacion/es/facultad-de-psicologia-y-educacion/investigacion-y-transferencia/instituto-de-drogodependencias> el día 11 de abril de 2019.
- Diez, M., Caballero, L. y Muñoz, P. E. (1988). *Estudio descriptivo de los drogodependientes que iniciaron tratamiento en los centros del Plan Nacional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de Madrid en los años 1985-1986*. Madrid, España: Comunidad y drogas.

EDADES. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017-2018). *Plan Nacional Sobre Drogas*. Gobierno de España. Recuperado de: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm el día 1 de mayo de 2019.

Elzo, J., Amatria M., Ayestaran S., González de Audicana M., Itza L., Vega A., Zulueta M. (1987). *Drogas y Escuela III: Evolución del consumo de drogas en escolares de centros docentes de Bachillerato y Formación Profesional de Donostia*. San Sebastián, España: Escuela Universitaria de Trabajo Social de San Sebastián.

Elzo, J., Ayestarán S., García del Moral N., González de Audicana M., Itza L., Laespada M.T., Vega A., Zulueta M. (1996). *Drogas y Escuela V*. Vitoria, España: Gobierno Vasco, Departamento de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social.

Elzo, J., Comas, D., Laespada, M. T., Salazar, L., Vielva, I. (2000). *Las culturas de las drogas en los jóvenes: ritos y fiestas*. Vitoria, España: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Departamento de Justicia, Trabajo y Seguridad Social.

ESTUDES. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2016-2017). *Plan Nacional Sobre Drogas*. Gobierno de España. Recuperado de: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm el día 1 de mayo de 2019.

Euroinnova Business School. (2011). *Trabajo Social en Drogodependencias*. Granada, España: Euroinnova Editorial.

González, A. (2010). *Encuesta sobre drogas en jóvenes de La Rioja*. Logroño, España: Consejería de Salud y Servicios Sociales. Servicio de Drogodependencias.

- González, F., García-Señorán, M. M., González, S. G. (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, Vol. 8, 257-267.
- González, M. (2009). Adolescencia, drogas y el papel del educador. *Padres y maestros*, (324), 5-9.
- García, P. (1995). *El laberinto de lo social. Cuestiones básicas de sociología*. Pamplona, España: Universidad de Navarra. EUNSA.
- Harwood, V. (2009). *El diagnóstico de los niños y adolescentes problemáticos: una crítica a los discursos sobre los trastornos de la conducta*. Madrid, España: Morata.
- Infodrogas (2019). *Información y prevención sobre drogas*. Recuperado de: <https://www.infodrogas.org/drogas> el día 25 de febrero de 2019.
- Marina, J.A. (2000). *Crónicas de la ultramodernidad*. Barcelona, España: Anagrama.
- Nieto, C. (2012). Menores, jóvenes, educación, drogas y justicia. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales* (nº 14), pp. 15-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.20932/barataria.v0i14.98>
- Observatorio riojano sobre drogas (2019). *Encuestas sobre consumo de drogas en La Rioja*. Recuperado de: <https://www.infodrogas.org/observatorioriojano/encuestas> el día 1 de marzo de 2019.
- Ortuño, J. (2018). *El bienestar emocional en los jóvenes riojanos: estado de la cuestión*. Salud mental y bienestar emocional infanto-juvenil: retos para el siglo XXI. Logroño, España: Universidad de La Rioja. Cursos de verano.
- Pantoja, L., Vielva, I., Abeijón, J. A. (2001). *Las familias y sus adolescentes ante las drogas: el funcionamiento de la familia con hijos adolescentes (consumidores y no*

- consumidores de drogas) de comportamiento no problemático. Avances en drogodependencias. Bilbao, España: Universidad de Deusto.*
- Peñafiel, E. (2009). *Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes*. Alcalá, España: Universidad de Alcalá.
- Pérez, A. (2018a). *El bienestar emocional en los jóvenes riojanos: estado de la cuestión*. Salud mental y bienestar emocional infanto-juvenil: retos para el siglo XXI. Logroño, España: Universidad de La Rioja. Cursos de verano.
- Pérez, J. (2018b). *Desarrollo de competencias y modificación de conducta*. Asignatura optativa del Grado en Trabajo Social. Universidad de La Rioja, Logroño.
- Pérez-Pérez, I. (2014). Hábitos de consumo en los adolescentes de secundaria. *Revista Educativa Hekademos*, 15, pp: 25-37.
- Proyecto ÉVICT, Evidencias Cannabis-Tabaco. (2016). *Grupo de trabajo para el estudio y el abordaje de políticas de control del policonsumo de Cannabis y Tabaco en España*. Informe 2016. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recuperado de: <http://www.evictproject.org/> el día 8 de mayo de 2019.
- Rabadán, J. L. (2009) *Cocaína: manual de intervención desde la familia*. Logroño. Asociación Riojana de Ayuda al Drogadicto (ARAD), Caja Laboral y el autor.
- Ramirez, N., Nápoles, D., Morales, E., Álvarez, F. (2017). *Vivir con luz. No a las drogas*. Boletín Virtual (marzo), volumen 6-3. pp: 205-211. Universidad de Ciencias Médicas.
- Real Academia Española. (RAE, 2018). *Diccionario de la lengua española*, 23ª ed. (versión 23.2 en línea). Recuperado de: <https://dle.rae.es/> el día 5 de febrero de 2019.

- Socidrogalcohol. (2019). *Sociedad Científica Española de estudios sobre el Alcohol, el alcoholismo y otras Toxicomanías*. Recuperado de: <http://www.socidrogalcohol.org/> el día 28 de marzo de 2019.
- Soria, B. (2007). *Guía sobre Drogas*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Gobierno de España.
- Vielva, I. (2001). *Los padres, los hijos y el consumo de drogas*. En Pantoja, L., Vielva, I., Abeijón, J. A. (2001). *Las familias y sus adolescentes ante las drogas: el funcionamiento de la familia con hijos adolescentes (consumidores y no consumidores de drogas) de comportamiento no problemático* (pp. 26-32). Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- Xabier, F., Navarro, J. J., Pérez, J. V. (2016). Adolescentes y drogas: su relación con la delincuencia. *Revista de estudios sociológicos*, nº 58, pp. 63-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.7440/res58.2016.05>
- Zazzo, B. (1972). *Psychologie differentielle de l'adolescence*. Paris, Francia: P.U.F. (versión traducida).

8. Anexos

Anexo 1: Cuestionario

Hábitos de consumo

¡Bienvenido/a!

Soy Cristina Untoria, estudiante de Trabajo Social EN la Universidad de La Rioja, y estoy llevando a cabo una pequeña investigación acerca de los hábitos y motivos del consumo de sustancias y, por lo tanto, estaría muy agradecida si me respondierais a unas preguntas.

Necesito únicamente las respuestas de las personas que consumen o que han consumido alguna droga ilegal de forma habitual.

Las respuestas que se den en este cuestionario serán totalmente anónimas y confidenciales, y sólo se utilizarán para fines académicos de cara a mi Trabajo Fin de Grado. Por lo tanto, pido total sinceridad a la hora de responder para que los resultados obtenidos sean útiles. Recuerda, no existen respuestas adecuadas o inadecuadas, se trata de dar respuestas sinceras.

Aceptando la realización de la encuesta se entiende que consientes tu participación.

Si tienes alguna duda sobre el estudio o el cuestionario, no dudes en ponerte en contacto en el siguiente correo electrónico: cris.untoria@gmail.com

¡MUCHAS GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!

***Obligatorio**

DATOS PERSONALES

Sólo se requieren datos estadísticos

Sexo *

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer
- ☐ Otro

Edad: * _____

Nivel de estudios: *

- ☐ Sin estudios
 - ☐ Estudios Primarios
 - ☐ Estudios Secundarios (ESO, Grado Medio, EGB)
 - ☐ Estudios Superiores (Bachillerato, Grado Superior)
 - ☐ Estudios Universitarios (Grado, Máster, Diplomatura, Licenciatura, Doctorado, ...)
 - ☐ Otro:
-

Estado Civil:

- ☐ Soltero/a
 - ☐ Con pareja
 - ☐ Casado/a
 - ☐ Separado/a / Divorciado/a
 - ☐ Viudo/a
 - ☐ Otro:
-

Situación laboral:

- ☐ Trabajador/a
 - ☐ Parado/a
 - ☐ Jubilado/a
 - ☐ Estudiante
 - ☐ Trabajador/a del hogar
 - ☐ Otro:
-

Situación familiar en la adolescencia: *

- ☐ Vivía con mi padre y mi madre
 - ☐ Vivía con mi madre
 - ☐ Vivía con mi padre
 - ☐ Vivía con abuelos o familiares
 - ☐ Vivía en un centro de acogida
 - ☐ Vivía en una familia de acogida
 - ☐ Vivía solo/a
 - ☐ NS/NC
 - ☐ Otro:
-

En cuanto a las relaciones familiares (*basándonos en la época de la adolescencia*): *

- ☐ He tenido buena relación con mis progenitores
 - ☐ He tenido buena relación con uno de los progenitores
 - ☐ He tenido mala relación y problemas con mis progenitores
 - ☐ He tenido mala relación y problemas con uno de mis progenitores
 - ☐ No he tenido relación con mis progenitores
 - ☐ NS/NC
 - ☐ Otro:
-

HÁBITOS DE CONSUMO

Se ruega total sinceridad en las respuestas. Recuerda que es absolutamente anónimo y confidencial

¿Qué edad tenías la primera vez que tomaste una droga ilegal? *

¿Cuál fue esa droga?

¿Cuáles fueron los motivos que te hicieron probar la sustancia?: *

- ☐ Presión de amigos y/o compañeros
 - ☐ Curiosidad
 - ☐ Sentimiento de pertenecer a un grupo
 - ☐ Para relajarte
 - ☐ Para "pasarla bien"
 - ☐ Para alejarme de problemas
 - ☐ Otro:
-

¿Cuáles fueron las causas que hicieron que continuaras con el consumo? *

¿Durante cuánto tiempo consumiste? *

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO

Frecuencia de consumo en días laborables (de lunes a jueves) de alguna sustancia ilegal (*haciendo referencia a la época en la que se consumía*):

- ☐ Nunca
- ☐ Un día
- ☐ Dos días
- ☐ Tres días
- ☐ Todos los días

Frecuencia de consumo en fines de semana (de viernes a domingo) de alguna sustancia ilegal (*haciendo referencia a la época en la que se consumía*)

- ☐ Nunca
- ☐ Un día
- ☐ Dos días
- ☐ Todos los días

Cantidad consumida en días laborables (cantidad por día laborable) de sustancias ilegales (*haciendo referencia a la época en la que se consumía*)

Cantidad consumida en fines de semana (cantidad por fin de semana completo) de sustancias ilegales (*haciendo referencia a la época en la que se consumía*)

¿Alguna vez ha consumido más de una sustancia ilegal a la vez?

- ☐ Sí
- ☐ No

En caso afirmativo, ¿a qué edad?

¿Cuáles han sido esas sustancias?

Y, ¿durante cuánto tiempo han sido consumidas?

PERCEPCIÓN DEL CONSUMO Y DE LAS SUSTANCIAS

¿Cuál crees que es el problema principal que causa el consumo de sustancias? *

- ☐ Problemas de salud
 - ☐ Problemas físicos
 - ☐ Problemas familiares
 - ☐ Problemas sociales o comunitarios
 - ☐ Problemas personales
 - ☐ Dependencia
 - ☐ Otro:
-

¿Cuáles han sido los principales factores que han contribuido a tu consumo? *

¿Cuál ha sido el motivo principal que ha hecho que abandone el consumo o que quiera dejarlo? *

¡MUCHAS GRACIAS POR TU PARTICIPACION!